

Г.А. ВИНОГРАДОВ, С.А. СУШКОВ,
С.П. БУХТАРЕВИЧ, Д.П. КУТЬКО

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВОЙ ДИССЕМИНАЦИИ ПО БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Витебский государственный медицинский университет
Отделенческая больница на ст. Витебск,
Витебский областной онкологический диспансер

Представлены результаты лапароскопического исследования брюшной полости у 24 больных раком желудка. При помощи цитологического исследования материала, полученного с поверхности различных зон брюшины, у 22 пациентов выявлено наличие визуально неопределяемых метастазов. Полученные данные способствовали точной диагностике степени распространенности опухолевого процесса до операции.

Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка до настоящего времени не удовлетворяют специалистов, занимающихся этой проблемой. Во многом это связано с отсутствием в отечественной литературе критериев разделения операций на радикальные и паллиативные. Разграничение вмешательств трактуется субъективно и основывается на визуальных данных [1,2,4,5,6].

У пациентов с диагнозом локализованного потенциально операбельного рака сохраняется значительный риск наличия отдаленных метастазов, что делает выполнение операции во многих случаях бесполезным. Накопленный опыт показывает, что рак желудка с субклиническим распространением по брюшной полости не может быть излечен с помощью операции [5,9,10].

Наличие или отсутствие диссеминации по брюшине - наиболее важный фактор при выборе лечебной тактики. Ведь известно, что больные раком желудка с перитонеальными метастазами имеют са-

мую короткую продолжительность жизни, в среднем 1,2-4,5 месяца [8].

В настоящее время полезные для лечения пациента сведения способны представить гистологическое исследование операционного препарата и интраоперационная морфологическая диагностика [5].

В этом плане диагностическая лапароскопия, выполняемая перед планируемой операцией, демонстрирует определенные преимущества. Исследование позволяет обнаруживать незначительные по размеру, но визуально определяемые метастазы по брюшине. Цитологическое исследование смывов и отпечатков с брюшины может повысить чувствительность лапароскопической диагностики при определении операбельности опухоли [3].

Целью нашего исследования было изучение возможностей лапароскопического исследования для диагностики метастатического поражения брюшины при раке желудка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе хирургического отделения больницы станции Витебск и абдоминального отделения Витебского областного онкологического диспансера обследованы с помощью лапароскопии 35 больных раком желудка. Распределение по полу было следующим: мужчин - 22, женщин - 13. Два пациента были в возрасте от 30 до 39 лет, 4 - от 40 до 49 лет, 2 от 50 до 59 лет, 17 от 60 до 69 и 10 от 70 до 79 лет. У одного больного выявлен кардиоэзофагеальный рак, у 15 - рак тела и у 8 - дистального отдела желудка. По гистологической структуре опухоли распределялись следующим образом: высокодифференцированная аденокарцинома - 2; умереннодифференцированная карцинома - 5; слизистый рак - 2; низкодифференцированный рак - 24; недифференцированный рак - 2.

Лапароскопия проводилась под местной анестезией или под эндотрахеальным наркозом. Исследование начиналось с наложения пневмоперитонеума с помощью иглы Вереша или троакара через прокол передней брюшной стенки в одной из классических точек. Осмотр органов

брюшной полости производился по следующей методике: вначале правый верхний квадрант живота, который ограничен правой половиной диафрагмы, большим сальником и расположенным здесь кишечником, серповидной и круглой связками печени, правой ее долей и желчным пузырем, затем левый верхний квадрат – включающий левую долю печени, желудок, левую половину диафрагмы, кишечник, сальник, селезенку. После этого осматривались брюшина левой половины живота, органы малого таза, брюшина правой половины живота, органы малого таза, брюшина правой половины живота, тонкая и толстая кишка, большой сальник.

При отсутствии визуальных изменений со стороны брюшины через отдельный разрез в левой мезогастральной области в брюшную полость вводился манипуляционный троакар диаметром 11 мм. Через последний проводился манипулятор и производился отдельный забор клеточного материала с участков брюшины не менее 100 см² правого и левого куполов диафрагмы, печени, большого сальника, правого и левого баковых карманов, включая купол слепой кишки, полости малого таза с гениталиями. Полученный материал наносили на предметные стекла, маркировали и направляли на онкоцитологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При осмотре брюшной полости у 12 пациентов обнаружены изменения серозной оболочки в зоне опухоли. В остальных отделах париетальная и висцеральная брюшина не была изменена. Заключение эндоскописта об отсутствии диссеминации опухоли является основанием для планирования радикальной резекции желудка.

Полученные данные морфологического исследования мазков с поверхности брюшины представляют определенный интерес. У 22 обследованных больных в мазках из различных зон брюшины обнаружены комплексы раковых клеток. Наиболее часто встречалось обсеменение левого купола диафрагмы – у 17 больных, правого бокового канала – у 16 и брюши-

ны передней стенки желудка – у 14. Реже обнаруживалась диссеминация по поверхности правого купола диафрагмы – у 4 пациентов, левого бокового купола и малого таза – у 10 и по брюшине тонкой кишки – у 5. Согласно предложенным Японским обществом исследования рака желудка в хирургии и патологии [7] у четырех обследованных больных выявлено поражение брюшины, классифицированное как P₁ (диссеминация по брюшине выше поперечной ободочной кишки, у 8 – P₂ (несколько разрозненных метастазов в отдаленных областях брюшной полости и у 10 – P₃ (обширная диссеминация по брюшине). Отсутствие результатов морфологического обследования визуально неизменной брюшины привело бы в последующем к ошибочной трактовке абсолютно нерадикальных операций, как радикальных.

Подвергнута анализу возможная взаимосвязь между гистологической структурой опухоли и обширностью диссеминации по брюшине. У двух больных с высокодифференцированными опухолями не получено данных за поражение брюшины (P₀). P₁ отмечено у 2 пациентов с умеренно дифференцированными и у 2 – с низкодифференцированными карциномами. Более обширное распространение (P₂) выявлено у 7 больных с низкодифференцированным и у 1 – с умереннодифференцированным раками. Распространенное обсеменение (P₃) подтверждено у 3 больных с недифференцированным, у 3 – с умереннодифференцированными и у 4 – с низкодифференцированными опухолями..

Небольшое количество наблюдений не позволяет достоверно оценить связь гистологического строения опухоли с распространенностью по брюшной полости.

После установления степени распространенности опухолевого процесса на основании полученных в ходе обследования данных больным проводилось традиционное лечение.

Таким образом, приведенные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. При раке желудка может присутствовать визуально неопределяемая диссеминация по брюшине.

2. Для определения распространенности опухолевого процесса необходимо обязательное выполнение лапароскопического исследования и забор материала с различных участков брюшины для онкоцитологического исследования.

3. Особенности метастазирования рака желудка нуждаются в дальнейшем изучении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баймухамедов А.А. Паллиативные операции в лечении распространенного кардиозофагеального рака: Дис... канд.мед.наук. - М., 1994.
2. Вашакмадзе Л.А., Пикин О.В.. Место паллиативных операций в лечении распространенного рака желудка: современное состояние проблемы: - Российский онкологический журнал, № 5, 2000.- с.47-51
3. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия / Пер. с англ.-М.- СПб.: "Издательство БИНОМ" - "Невский Диалект", 2000.- 320 с., ил.
4. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей /Под ред. В.И.Чиссова, А.Х.Трахтенберга. - М.: Медицина, 1993. - 544с.: ил).
5. Чиссов В.И., Авербах А.М. // Адью-

вантная внутрибрюшинная химиотерапия при радикальном и паллиативном лечении рака желудка (обзор зарубежной литературы). Хирургия, 1, 1998. с.61-65.

6. Чиссов В.И., Авербах А.М. // Расширенные лимфаденэктомии при раке желудка. Хирургия, 1, 1999. с.53-56.
7. Japanese Research Society for Gastric Cancer. The general rules for the gastric cancer study in surgery and pathology // Jpn. J. Surg.- 1981. Vol.11.- P. 127-145.
8. Yonemura Y., Fujimura T., Fushida S. et al. // Hyperthermo-chemotherapy combined with cytoreductive surgery for the treatment of gastric cancer with peritoneal dissemination.- World- J- Surg. 1991 Jul - Aug; 15(4): 530-535; discussion 535-536/
9. Yonemura Y., Fujimura T., Nischimura G. et al. // Effects of introoperative chemohyperthermia in patients with gastric cancer with peritoneal dissemination.- Sugery.- 1996 Apr., 119(4); 437-444.
10. Sugarbaker P.H., Graves T., DeBruijn E.A. et al. // Early posoperative intraperitoneal chemotherapy as an adjuvant therapy to surgery for peritoneal carcinomatosis from gastrointestinal cancer: pharmacological studies.- Cancer Res. 1990 Sp. 15; 50(18): 5790-5794.